THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 30 janvier 1860,

Par A.-H.-Anthelme TARDIF,

né à Estendeuil (Puy-de-Dôme),

ex-Chirurgien de la Marine impériale,
Médecin Aide-Major stagiaire.

QUELQUES MOTS
SUR LE DIAGNOSTIC
DES ÉTRANGLEMENTS HERNIAIRES.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1860

1860. — Tardif.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. le Baron P. DUBOIS, DOYEN. MM.

Anatomie	JARJAVAY.
Physiologie	LONGET.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	MOQUIN-TANDON.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Pharmacologie	REGNAULD.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. N. GUILLOT, Examinateur.
Pathologie chirurgicale	DENONVILLIERS. GOSSELIN.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	GRISOLLE.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	BOUILLAUD. ROSTAN, Président. PIORRY. TROUSSEAU.
Clinique chirurgicale	VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON. JOBERT DE LAMBALLE.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Professeur honoraire, M. CLOQUET.

Agrégés en exercice.

MM. ARAN.
AXENFELD.
BAILLON.
BARTH.
BLOT.
BOUCHUT.
BROCA, Examinateur.
CHAUFFARD.
DELPECH.
DUCHAUSSOY.
EMPIS.
FANO.
FOLLIN.

MM. FOUCHER.
GUBLER.
GUILLEMIN.
HÉRARD.
LASÈGUE.
LECONTE.
PAJOT.
REVEIL, Examinateur.
RICHARD.
ROUGET.
TARDIEU.
TRÉLAT.
VERNEUIL.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE,

Docteur en Médecine.

A LA MÉMOIRE

DE MON FRÈRE JOSEPH,

Étudiant en Médecine.

A MA MÈRE.

A MON FRÈRE GUSTAVE.

A MES FRÈRES ET A MES SOEURS.

A MON EXCELLENT PARRAIN,

ANTOINE CHERVET.

Veuillez accepter l'hommage de ce travail comme un faible témoignage de ma reconnaissance.

A MES PARENTS.

A MES COLLÈGUES.

A MES AMIS.

INTRODUCTION.

Lorsque je commençai mes études médicales, j'eus l'occasion d'avoir souvent sous les yeux des cas de hernies étranglées. Plusieurs de ces cas, dont le diagnostic était fort obscur, me frappèrent. Je recueillis les observations de ces malades et je comptais m'en servir pour traiter, dans ma thèse inaugurale, la question des étranglements intestinaux tant externes qu'internes.

Mais, pressé par les circonstances, obligé de subir ma thèse dans un temps limité, je n'ai pu donner à mon travail toute l'étendue que je lui avais destinée, et j'ai complétement abandonné la seconde partie, c'est-à-dire les étranglements internes. Je ne puis donc aujourd'hui offrir à mes juges, en me recommandant à leur indulgence, que quelques mots sur le diagnostic des hernies étranglées, suivis d'observations complétement inédites. Une d'entre elles surtout est remarquable, parce que, le malade succombant à un étranglement interne produit par la bride d'un anus contre nature, consécutif à une hernie étranglée, opérée depuis quatre ans, les deux observations sont réunies, ce qui nous

permet de suivre toutes les phases de la maladie, et nous montre combien elle est en dehors des cas ordinaires.

Je saisis ici l'occasion de remercier M. Fleury, professeur à l'École de Clermont-Ferrand, dans le service duquel ces observations ont été prises, des excellentes leçons qu'il nous a données à ce sujet et de l'obligeance qu'il a eue de m'autoriser à m'en servir.

QUELQUES MOTS

SUR LE DIAGNOSTIC

DES

ÉTRANGLEMENTS HERNIAIRES.

Dans l'histoire des hernies intestinales, on donne le nom d'*étranglement* à un accident qui consiste dans l'interruption du cours des matières. La partie herniée est étranglée, c'est-à-dire serrée comme par une espèce de lien ; de là impossibilité de la réduire.

Les signes auxquels on reconnaît qu'une hernie est étranglée sont les suivants : il n'est plus possible de réduire la tumeur avec le seul secours de la main; la tumeur, d'insensible qu'elle était, est devenue douloureuse à la pression; elle rougit, augmente de volume et se distend; la douleur s'étend de la partie étranglée aux parties voisines ; elle augmente quand le malade fait un effort, quand il tousse, ou qu'il se tient debout. Le cours des matières est interrompu, des gaz se développent dans les intestins: de là augmentation du volume du ventre, tension et ballonnement; anxiété à la région épigastrique, nausées, vomissements, fièvre, et plus tard le hoquet.

Ces accidents peuvent suivre deux marches bien distinctes: ou bien l'étranglement se montre tout à coup (et cela surtout dans les hernies récentes, et à la suite d'un effort, et alors tous les symptômes d'une violente inflammation se manifestent; l'anse intestinale étranglée est serrée au point d'arrêter la progression des matières fécales;

mais le sang, quoique gêné dans son cours, peut encore circuler. La tumeur devient dure et douloureuse, les téguments sont rouges et tendus; le cours des matières interrompu continue en sens inverse; elles circulent alors de bas en haut: aussi voit-on survenir des nausées et des vomissements. D'abord l'estomac se décharge des aliments qu'il contient; puis ce sont des matières bilieuses qui sont rendues, puis des matières glaireuses; des gaz qui apportent dans la bouche du malade le goût des matières fécales. La fièvre, due aux douleurs intolérables qu'éprouve le malade, se déclare, et si le malheureux, dévoré par une soif ardente, veut la satisfaire, les boissons qu'il prend sont aussitôt rejetées; la bouche se dessèche; la langue devient sèche et noirâtre; le pouls est dur, petit et vif; il n'y a généralement pas de délire, mais les malades sont inquiets et agités; le facies s'altère; le pouls s'accélère encore plus, et les symptômes de la gangrène surviennent quand l'étranglement devient tellement fort que la circulation est arrêtée, et que l'influence nerveuse cesse par le fait de la constriction. Aussitôt la fièvre diminue, preuve évidente qu'elle est due à la douleur; car celle-ci s'apaise dès que la mortification commence: plus tard les accidents continuent; le pouls est petit, misérable; le hoquet survient, et le malade succombe. Quelquefois les accidents sont si violents que les malades meurent en un jour.

D'autres fois au contraire les symptômes présentent fort peu d'intensité, et cela arrive principalement dans les vieilles hernies; la marche de la maladie est lente et insidieuse; les vomissements cessent si le malade s'abstient de prendre des aliments ou des boissons. Pendant quelques jours, la maladie paraît si bénigne que le chirurgien peut être abusé sur sa gravité; mais, au bout de quelque temps, les symptômes revêtent leurs caractères effrayants, et pour avoir trop attendu, on perd la chance que l'on avait de sauver le malade par une opération.

Dans les circonstances ordinaires, le diagnostic des hernies étranglées présente en général peu de difficulté; ainsi, lorsqu'un malade

présentera à l'observation d'un médecin une tumeur irréductible, placée dans une des régions qui sont en général le siége des hernies, et qu'à cette tumeur se joindra le cortége ordinaire, que nous avons décrit plus haut, des symptômes de l'étranglement, tels que les vomissements, la constipation, la tension du ventre, la fièvre et le hoquet, le médecin pourra sans difficulté reconnaître une hernie étranglée.

Mais il n'en est pas toujours de même: quelquefois la tumeur est si petite qu'elle peut échapper à l'œil du chirurgien peu exercé, qui n'apporterait pas assez d'attention dans sa recherche.

Mais ce n'est pas encore là la cause la plus fréquente des erreurs qui peuvent se commettre. Ainsi le canal digestif peut devenir malade, tant dans la portion qui est contenue dans la cavité abdominale, que dans celle qui se trouve renfermée dans le sac herniaire; et les altérations diverses qui le frappent peuvent causer des accidents que l'on sera porté à attribuer à la hernie qui les cause si souvent toute seule; et cependant l'embarras gastrique, les coliques, la constipation, l'iléus, les envies de vomir, les vomissements nerveux, la péritonite, peuvent aussi bien se montrer chez un individu affecté de hernie, que chez celui qui n'en est pas atteint, et en imposer pour un étranglement au chirurgien qui examinerait superficiellement son malade.

Il faut s'assurer si la hernie est réductible comme auparavant; car, si elle l'est encore, il est probable qu'elle n'est pas la cause des accidents que l'on observe. Si la personne est habituellement constipée, souvent un purgatif peut juger la question, en rétablissant le cours des matières.

Mais, si la hernie est irréductible, et que les accidents, tels que vomissements, coliques, hoquets, ne cèdent point aux purgatifs, que la constitution médicale du pays n'indique point dans les maladies régnantes d'embarras gastrique, d'irritations intestinales, alors on peut attribuer les accidents à la hernie; cependant celle-ci peut être

depuis longtemps adhérente et irréductible ; par conséquent la certitude n'existera pas encore.

Mais, si une hernie que le malade a toujours pu faire rentrer lui-même cesse tout à coup d'être réductible, en même temps que se déclarent tous les symptômes de l'étranglement, alors la présomption devient plus forte, et l'on peut croire à une hernie étranglée. Et cependant il y a des cas où l'on se tromperait encore ; car, si malgré la réduction de la tumeur, les accidents continuent, il faut bien les attribuer à une autre cause. Ainsi plusieurs fois l'entérite compliquée d'une hernie peut en imposer pour un étranglement herniaire. On connaît les observations de Pott ; j'en cite deux analogues.

Dans le premier cas, quoique les hernies eussent cessé subitement d'être réductibles, leur mollesse fit penser qu'elles étaient étrangères aux accidents ; l'opération ne fut point pratiquée, et l'autopsie est venue démontrer qu'elles n'étaient pour rien dans la maladie à laquelle succomba le malade.

Dans l'observation 2, les accidents ne cessent pas après l'opération ; et en effet ils ne sont pas dus à un étranglement herniaire, mais bien à une entérite et à une péritonite, résultat de la perforation de l'intestin.

Dans l'observation 3, nous avons une malade deux fois opérée pour une hernie. Elle nous présente à la même place une tumeur irréductible, dont l'accroissement a été accompagné de vomissements, de constipation et de douleurs. Cette tumeur n'est autre chose qu'un lipome, et les autres symptômes sont dus à une péritonite.

Dans les observations 4, 5 et 6, nous avons au contraire des malades dont les hernies sont étranglées et qui offrent des symptômes tellement peu marqués, qu'on aurait pu facilement se tromper sur la nature de la maladie, si l'on n'avait pas examiné les malades avec toute l'attention convenable.

Ordinairement ce sont les entérites et les péritonites qui donnent le change et simulent un étranglement herniaire.

OBSERVATION Ire.

Entéro-péritonite produite par une perforation de l'intestin grêle coïncidant avec deux hernies, l'une inguinale à droite, l'autre crurale à gauche.

Le nommé C....., âgé de 70 ans, natif de Saint-Julien-de-Coppel, habite depuis plusieurs années l'hôpital général de Clermont-Ferrand. Cet homme est affecté de deux hernies ; l'une, celle du côté droit, est survenue il y a dix ans ; l'autre n'a paru que depuis trois ans. Toutes deux étaient facilement réductibles, et le malade les faisait rentrer lui-même, lorsqu'il était debout, contrairement à ce qui arrive ordinairement.

Tel était l'état de cet homme, doué d'ailleurs d'une santé passable, lorsque, le 22 octobre, après avoir soupé, il fut pris tout à coup de coliques vives qui persistèrent toute la nuit. Les douleurs avaient spécialement leur siége dans la région hypogastrique. Ce soir-là, le malade essaya, mais en vain, de faire rentrer ses tumeurs, comme il le faisait auparavant.

Le lendemain, le médecin qui vit le malade ne fut pas plus heureux dans la réduction de ces hernies. Cependant les symptômes ont été croissant. Des vomissements ont eu lieu dans la journée du 24. Les douleurs ont été aussi vives que dans le principe. Le malade entre à l'hôtel-Dieu le 27 octobre.

A son entrée, le malade se plaint toujours de douleurs vives dans la région hypogastrique ; le ventre est tendu, dur, ballonné, indolent à la pression. La peau de cette région est rouge et paraît un peu tuméfiée, comme dans l'érysipèle ; elle conserve la trace des doigts.

Des deux hernies, la droite a été réduite avec quelque peine par l'interne de garde ; quant à la gauche, il lui a été complétement impossible de la faire rentrer. Cependant elle n'est point tendue,

dure, sonore à la percussion. Elle offre la sensation d'une tumeur molle, flasque, et paraît plutôt épiploontique qu'intestinale. La pression exercée sur cette hernie n'excite aucune douleur; à plus forte raison est-elle indolente habituellement. Les vomissements ne se sont plus renouvelés depuis le premier jour, mais le malade n'a plus été à la selle, depuis le jeudi 22 octobre.

La face de cet homme exprime la souffrance; la langue est naturelle; le pouls dur, un peu fréquent.

Le 29, à la visite, le chirurgien, penchant plutôt pour l'existence d'une entérite que pour un étranglement herniaire, ordonne l'application sur le ventre de 12 sangsues. Le malade en éprouve quelque soulagement; il va à la selle de lui-même.

Le soir du même jour, un lavement lui est administré; ce lavement lui fait éprouver des douleurs atroces, dont il se plaint pendant toute la soirée, et qui le jettent dans un état d'agitation très-vive.

Le malade meurt pendant la nuit.

Autopsie. Le péritoine est infiltré de pus; son tissu est hypertrophié. Tout le gros intestin participe à l'inflammation et est le siége d'une exsudation purulente. A l'ouverture de l'abdomen, on a trouvé entre les replis de l'intestin, dans la cavité du péritoine, une petite esquille osseuse, triangulaire, à angles aigus. En remontant jusqu'au point où l'intestin paraît sain, on trouve une ouverture ulcéreuse, à bords amincis, qui paraît être le point de départ de la maladie. Cette ouverture a été probablement faite par l'os avalé et introduit dans l'intestin par l'estomac; son contact avec le péritoine a été le point de départ de la péritonite. Ce qui confirme dans cette opinion, c'est l'état de santé prospère dont jouissait cet homme avant son accident du 22 octobre.

Les deux tumeurs herniaires n'offrent que leurs enveloppes; celles du côté droit se rattachent à l'anneau inguinal. Elles sont à l'état normal et n'offrent aucune trace d'inflammation. A gauche, les enveloppes partent de l'anneau crural; elles sont épaissies. La

cavité du sac contient une matière fibro-albumineuse produite évidemment par l'inflammation de la séreuse: l'intestin hernié avait probablement été réduit par le médecin de l'hôpital général. L'enveloppe qui restait à l'extérieur, épaissie, et contenant des flocons pseudo-membraneux, avait été prise, par l'interne, pour une hernie qu'il n'avait pu réduire.

La portion d'intestin grêle, siége de la perforation, était épaissie, ce qui aurait pu faire croire à une affection d'ancienne date.

Ainsi les deux tumeurs herniaires n'étaient pour rien dans le développement de l'inflammation; c'est ce que leur mollesse avait fait diagnostiquer et ce que l'autopsie a vérifié.

Est-ce le fragment d'os qui a percé l'intestin, après l'avoir enflammé, ou bien se serait-il engagé dans une ouverture faite spontanément?

La première hypothèse est la plus vraisemblable; car il eût fallu un singulier hasard pour qu'il pût rencontrer juste l'ouverture. Ce qui le prouve, c'est que l'inflammation n'occupait qu'une portion trés-restreinte du canal intestinal, qu'elle ne remontait pas à une époque bien reculée, puisque le malade avait été bien portant jusque-là.

Il est probable que, par l'effet d'une cause qui nous échappe, l'os s'est arrêté dans un des plis de la membrane muqueuse de l'intestin grêle, qu'il l'a enflammée, perforée, et qu'il s'est échappé par cette ouverture.

Dans cette observation, nous avons encore à noter l'indolence du ventre et la dureté du pouls, coïncidant avec une péritonite; à moins d'admettre, ce qui n'est pas probable, qu'elle ne s'est manifestée que dans les derniers instants de la vie, et que l'entérite existait seule quand le malade est entré à l'hôpital.

OBSERVATION II.

Hernies inguinales doubles; péritonite provoquée par une perforation de l'intestin, simulant un étranglement herniaire.

D..... (Pierre), 67 ans, maçon à Pont-du-Château, est entré à l'hôtel-Dieu le 25 août.

Le 26. Son ventre est très-volumineux, tendu, ballonné, indolent. Deux hernies s'observent aux régions inguinales : l'une, à gauche, est peu volumineuse ; l'autre, à droite, est très-tendue et descend plus bas que la première, dans le scrotum. Celle-ci est irréductible ; la gauche au contraire rentre avec facilité dans l'abdomen, en faisant entendre le gargouillement caractéristique.

La tumeur du côté droit, indolente dans toutes les parties, beaucoup plus volumineuse à sa partie inférieure, se prolonge dans le canal inguinal au moyen d'un cordon volumineux, cylindrique, dont la tension est uniforme et ne paraît pas plus prononcée au niveau de l'anneau que dans les autres parties de son étendue. Le malade nous assure que cette hernie, qui n'est irréductible que depuis huit jours, existe depuis un an seulement. Aucun bandage n'avait servi à la maintenir réduite jusqu'à présent, et quoiqu'elle fût constamment hors de la cavité abdominale, elle ne l'empêchait pas de se livrer à ses travaux. Depuis qu'il lui a été impossible de la faire rentrer, il n'est plus allé à la selle; il n'a du reste ni hoquet, ni nausées, ni vomissements.

Le pouls est assez développé, peu fréquent; ce qui frappe le plus, c'est le volume et le ballonnement du ventre, qui est saillant comme celui d'une femme enceinte de huit mois.

L'indolence et le volume du ventre, joints à une constriction modérée au niveau du canal inguinal, font penser au chirurgien qu'il existe plutôt de l'engouement que de l'étranglement dans la hernie. Il opère le taxis et fait rentrer une portion de la hernie, qui se réduit sans trop de difficultés, en faisant entendre des gargouille-

ments. Il prescrit un lavement purgatif, espérant par ce moyen débarrasser le canal intestinal des matières qui l'obstruent. Trois selles assez copieuses ont lieu en effet dans la journée; le malade n'est cependant pas soulagé par ces évacuations.

Le 27. La hernie est volumineuse comme la veille, plus tendue peut-être, et irréductible; le ballonnement de l'abdomen a augmenté, la tension des parois est plus développée que les premiers jours; la pression, qui avait été indolente, est aujourd'hui douloureuse; le facies est altéré, le pouls est plus faible. Il existe évidemment de l'étranglement inflammatoire et un commencement de péritonite. Le chirurgien se décide alors à opérer pour juger de la nature de l'étranglement. Les parois de la tumeur ont une épaisseur très-considérable, une consistance fibro-cartilagineuse, qui font penser au chirurgien que la tumeur existe manifestement depuis un très-grand nombre d'années. Une petite quantité de sérosité citrine s'écoule à l'incision du sac; une anse d'intestin grêle constitue la hernie; les replis sont unis les uns aux autres, et aux parois du sac par des adhérences récentes. L'étranglement est si peu développé qu'il n'est pas nécessaire de débrider. Le doigt s'engage librement dans la cavité abdominale, mais les circonvolutions qu'il rencontre paraissent unies les unes aux autres; les adhérences s'opposent à la réduction, et les parois de l'intestin paraissent épaissies, cornifiées, et ne peuvent évidemment donner passage aux matières alimentaires : c'est là qu'est le véritable étranglement, contre lequel l'art ne peut rien. Le malade est donc condamné à une mort certaine. On panse la plaie simplement, et le chirurgien prescrit quelques cuillerées d'une boisson légèrement tonique. Dans la journée, il n'y a point eu de hoquet ni de vomissements, mais aussi point de selles. Le malade est trop faible pour qu'on puisse lui administrer un lavement.

Le 28. L'abdomen est peut-être plus tendu qu'hier, sans être pourtant plus douloureux; le pouls s'est plutôt relevé qu'affaibli; il y a de l'insomnie (une pilule 0,05 extrait gommeux d'opium, un

demi-lavement, sont administrés). Dans la journée, il y a eu des vomissements ; la figure s'est altérée, le pouls s'est ralenti. Le malade a succombé dans la nuit.

Autopsie. Nous avons constaté l'existence d'une péritonite générale. Une grande quantité de gaz s'est échappée, lorsque les parois de l'abdomen ont été incisées ; ce qui nous a fait penser qu'il devait exister une perforation aux intestins. Nous avons en effet bientôt remarqué une couche légère de matières stercorales à la partie supérieure de l'abdomen ; elles se sont échappées par une ulcération qui a son siége au côlon transverse. C'est ce qui nous explique maintenant le développement considérable qu'avait acquis le ventre. Il est bien extraordinaire que la péritonite, survenue sous l'influence d'un épanchement de matières stercorales, n'ait pas été accompagnée de douleurs plus vives.

Toutes les anses du canal intestinal sont unies les unes aux autres comme celles qui existaient dans le sac herniaire ; ce sont ces adhérences qui ont rendu la hernie irréductible.

On s'explique très-bien maintenant comment la réduction, qui a été opérée le premier jour, n'a pas fait disparaître les symptômes de l'étranglement, puisqu'ils n'étaient pas l'effet d'une constriction exercée au collet du sac ou à l'anneau. Le lendemain, cette réduction était devenue impossible, par suite de l'agglomération des anses intestinales herniées.

OBSERVATION III.

Péritonite coïncidant avec un lipome pris pour une hernie.

La femme R...., âgée de 46 ans, journalière à Clermont, a remarqué depuis dix ans, à la suite d'une forte indigestion, une tumeur située un peu au-dessous de l'ombilic, tumeur qui n'était pas douloureuse et ne l'empêchait pas de se livrer à ses occupations.

Deux ans plus tard, cette tumeur a augmenté de volume sans causes connues. Aussitôt eurent lieu des vomissements, de la constipation, et de fortes coliques. La malade entra à l'hôtel-Dieu, où elle fut opérée, et guérit très-bien ; seulement la tumeur ne disparut pas entièrement (réduction probable par taxis).

Il y a trois ans, la femme R..... fut opérée de nouveau ; sa tumeur avait bien augmenté, et, comme la première fois, une partie resta encore apparente.

Enfin, il y a trois semaines, la tumeur augmenta du double, et des vomissements eurent lieu *seulement les premiers jours*. Cependant, comme la malade souffrait toujours du ventre, elle vint à l'hôtel-Dieu le 5 août.

A son arrivée, nous avons observé, sur le milieu d'une ligne que que l'on tracerait de l'épine antérieure de l'os des iles à l'ombilic, une tumeur de la grosseur d'une grosse pomme de reinette, aplatie un peu à son sommet, globuleuse, assez molle au toucher, offrant la sensation d'un lipome (nous n'avons pas pensé à ce moment que c'en fût un), peu douloureuse à la pression. La peau était très-amincie et laissait très-bien apercevoir les vaisseaux sanguins ; on y observait aussi la trace des cicatrices qui y avaient été pratiquées. Le ventre était dur, très-ballonné.

La malade ne se plaignait pas précisément de la tumeur, mais bien d'une douleur générale dans tout le ventre. L'état général n'était pas très-satisfaisant ; la malade paraissait être dans une grande lassitude ; le pouls était très-faible ; il paraissait y avoir de l'amélioration sous l'influence des bains, des lavements, et des frictions sur le ventre. En effet, le 6, le ventre était moins dur, moins tendu ; mais, sur le soir, la malade eut une forte diarrhée.

Le 7, le ventre était plus dur, plus ballonné ; la malade était très-affaiblie; on voyait dans ses yeux des taches jaunes (le jour même de son entrée, les yeux offraient une légère teinte ictérique), et le soir elle a expiré.

Le 8, on a pratiqué l'autopsie. Le chirurgien incise la tumeur avec soin, comme pour en pratiquer l'ouverture du vivant de la malade. Au lieu d'être formée par quelques-uns des organes contenus dans l'abdomen, elle est entièrement constituée par une masse de tissu graisseux. A la partie postérieure et supérieure de cette tumeur, existe une ouverture circulaire qui communique avec la cavité abdominale, mais qui a sa face interne fermée par des adhérences qui partent du côlon transverse (c'est la portion du gros intestin qui a dû probablement s'échapper par cet orifice). L'ouverture est située en dehors de l'ombilic, près du bord externe du muscle droit, dont les fibres ont été écartées pour lui donner issue.

D'où provient ce lipome? est-ce du tissu graisseux qui double le péritoine? Cela serait d'autant plus probable qu'il en existe dans l'abdomen une couche assez épaisse. S'est-il formé dans le tissu cellulaire sous-cutané? Il est très-serré dans ce point; on ne peut donc admettre cette hypothèse aussi facilement.

Le péritoine est d'un rouge pointillé dans une assez grande partie de son étendue; quelques flocons albumineux nagent dans une petite quantité de sérosité citrine, qui est épanchée dans la cavité pelvienne; mais la péritonite paraît de date très-récente.

La muqueuse intestinale n'offre aucune trace d'inflammation. Le foie paraît plus volumineux qu'à l'état normal; son tissu est aussi plus consistant; sa substance offre une coloration presque uniformément jaune.

La malade offrait une tumeur que l'on devait d'autant plus facilement considérer comme une hernie, qu'elle disait avoir été opérée deux fois, et que son témoignage était confirmé par celui de la sœur de la salle.

Rien ne pouvait donc faire croire à l'existence d'un lipome. La tumeur, sans être dure ni tendue, n'était cependant réductible ni en totalité, ni en partie. On pouvait croire qu'il existait des adhérences qui s'opposaient à la rentrée de la tumeur dans l'abdomen; mais on pouvait être sûr au moins qu'elle n'offrait aucun symptôme

d'étranglement, car les parois de l'abdomen étaient plus tendues et plus dures dans les flancs et les fosses iliaques qu'au niveau de la tumeur; tandis que, dans des circonstances ordinaires, la dureté part de la tumeur même. C'est ce qui fait que le chirurgien n'a pas eu la pensée de pratiquer l'opération, quoique la malade eût été envoyée dans son service comme atteinte de hernie.

Il faut dire aussi que les premières atteintes du mal remontaient à trois semaines; si l'inflammation eût été l'effet d'une hernie, des désordres plus profonds se seraient certainement manifestés dans la tumeur.

C'est néanmoins un de ces cas obscurs où on pourrait se tromper et où une opération ne ferait qu'aggraver l'état du malade.

OBSERVATION IV.

Hernie inguinale étranglée; étranglement interne et externe.

A....., 28 ans, cultivateur, bonne constitution. Il dit avoir toujours remarqué, au niveau de l'anneau inguinal, du côté droit, une tumeur molle, indolente, sans changement de couleur à la peau, et rentrant facilement dans la cavité abdominale sous la pression du doigt. Dans le principe, elle n'offrait qu'un très-petit volume.

Jusqu'à l'âge de 12 ans, il n'a pas ressenti le moindre malaise, et le volume de la tumeur est resté stationnaire ; mais, à cette époque, par suite d'une cause qu'il n'a pu préciser, elle devint un peu plus volumineuse, et il éprouva quelques légers troubles dans les fonctions digestives, troubles qui disparurent par la réduction de la hernie. Le malade se livrait à des travaux pénibles et exigeant de grands efforts. Il arrivait parfois alors que la tumeur reparaissait. Malgré cela, il ne porta jamais de bandage.

Il y a neuf ans, soulevant un sac de blé, il sentit sa hernie sortir et s'aperçut qu'elle était un tiers plus volumineuse. Il lui fut im-

possible de la faire rentrer. Les symptômes qui accompagnent d'ordinaire la hernie engouée se manifestèrent. Un purgatif et quelques lavements suffirent pour faciliter la rentrée de la tumeur.

Enfin, le 2 janvier, pendant que le malade cassait du bois, la tumeur sortit spontanément. Il ne tarda pas à éprouver un malaise général, des nausées, des vomissements, des douleurs épigastriques et abdominales, de l'inappétence, une soif vive, une fièvre violente. Le médecin consulté tenta à plusieurs reprises, mais en vain, d'opérer la réduction. La tumeur, de molle et indolente qu'elle était, devint dure et douloureuse. Le malade entre à l'hôpital le 8. On lui donne un bain et 30 grammes d'huile de ricin, mais il ne rend aucunes matières.

Le lendemain, à la visite, nous constatons les symptômes suivants:

Au niveau de l'anneau inguinal du côté droit, se trouve une tumeur, oblongue, dure, un peu fluctuante à sa partie inférieure, douloureuse à la pression, dirigée de bas en haut, de dehors en dedans, irréductible. Il y a une tension très-prononcée de l'abdomen et de l'épigastre. Constipation opiniâtre durant depuis huit jours; inappétence, soif vive; pouls petit, faible, concentré; langue rouge dans toute son étendue et surtout à la pointe ; face animée.

Le chef de service reconnaît une hernie étranglée et se décide à faire l'opération. Une incision est faite à la peau, dans le plus grand diamètre de la tumeur. Une petite artère est coupée, on en fait la ligature. Le tissu cellulaire est ensuite incisé; il est épaissi, induré, et se rétracte très-peu.

Au moyen de la sonde cannelée, les couches minces du tissu cellulaire graisseux sont divisées. Le sac herniaire est ainsi mis à découvert. De la fluctuation se fait sentir dans la partie déclive ; une ponction est faite avec le bistouri. Il y a alors exhalation de gaz fétides, et par l'ouverture, s'échappe une certaine quantité de matière jaune et putride. On reconnaît alors que l'intestin est perforé. L'étranglement est peu considérable. De là le peu de douleurs qu'éprouve le malade. Les adhérences sont détruites : la portion

d'intestin faisant hernie est gangrenée. Au pourtour de l'anneau, une légère portion est exempte de gangrène ; ce qui ferait penser que celle-ci est l'effet un peu de la constriction exercée par l'anneau, mais surtout des efforts répétés de taxis.

L'étranglement est très-peu marqué, car on introduit le doigt avec facilité. La partie d'intestin gangrenée est enlevée : aucun liquide, aucunes matières ne sont évacués. Une sonde élastique est introduite, pour voir s'il n'existe pas plus haut quelque adhérence.

Cela fait, la plaie est pansée simplement; seulement on laisse la sonde dans l'ouverture, pour supporter les efforts de la constriction, et quelques bourrelets de charpie suffisent pour arrêter une hémorrhagie en nappe qui s'est manifestée. 40 grammes d'huile de ricin sont administrés pour vaincre la constipation. La tension de l'abdomen et de l'épigastre augmente; la constipation persiste; les symptômes d'étranglement s'aggravent.

Le 11. Le matin, le malade est dans un état d'anéantissement complet. Extrémités froides; pouls filiforme, presque insensible ; les battements du cœur à peine perceptibles.

Le soir, extrémités cyanosées, face terreuse; pouls insensible. langue brunâtre, vomissements réitérés.

Le 12. Abdomen moins tendu et moins douloureux. La sensibilité semble éteinte; une sueur froide couvre le front du malade. Absence du pouls; stupeur profonde.

Le malade meurt à huit heures du matin.

Autopsie. Le bout inférieur est gangrené, parsemé d'ulcérations et de plaques noirâtres; il se trouve juste dans l'axe de l'ouverture : le bout supérieur est refoulé à droite et comprimé d'un côté par le corps du pubis, de l'autre par le mésentère, qui forme comme une espèce de corde ; le mésentère lui-même est épaissi et induré. Il existe aussi des adhérences vers le bout supérieur, de sorte qu'il y avait un étranglement interne et un étranglement externe.

Tous les intestins sont fortement tendus par des gaz et des ma-

tières jaunâtres. La membrane muqueuse est gonflée et injectée dans toute son étendue.

Chose à remarquer, il n'y a pas de traces de péritonite.

La première chose qui frappait à la vue du malade, c'était l'absence de ces douleurs, de cette dureté de l'abdomen, qui dénotent ordinairement une péritonite, et cependant l'étranglement existait depuis sept jours. A dater du même instant, il y avait eu des vomissements, de la constipation, du gonflement dans les parois de l'abdomen, un météorisme très-prononcé; mais pas de sensibilité à la pression. Il ne devait donc exister qu'une entérite, et c'est ce que l'autopsie a démontré.

Lorsque le sac herniaire fut ouvert, le chirurgien fut surpris de pouvoir aussi facilement introduire le doigt dans un des bouts de l'intestin; comme la direction était verticale, la dilatation assez prononcée, il crut que c'était le bout supérieur. Aucune matière cependant ne s'en échappait, malgré le volume énorme qu'avait acquis l'abdomen. Il pensa dès lors qu'il existait quelque bride produite par des adhérences récentes, et il introduisit une sonde d'un gros calibre, qui arriva à une assez grande hauteur : aucun résultat. Dans la pensée que peut-être les fibres de l'intestin avaient été paralysées par la distension qu'elles avaient subie, de l'huile de ricin, du calomel, furent administrés : effet nul; ce qui fit penser à M. Fleury qu'il devait exister quelque péritonite, malgré l'insensibilité du ventre, et quoique le malade n'eût pas fait entendre une seule plainte pendant l'opération.

Le malade succombe, et nous reconnaissons à l'autopsie que l'anse intestinale dans laquelle s'engageait le doigt était le bout inférieur. Le bout supérieur était serré entre le pubis et le mésentère, qui se trouvait hypertrophié et qui s'étendait de haut en bas, sous la forme d'une corde verticale dont l'extrémité inférieure adhérait au fond du sac. En la soulevant, on mettait à découvert l'orifice intestinal, et l'on donnait issue aux matières. Ce n'eût été que l'effet du hasard qui eût permis à la sonde de s'engager dans ce per-

tuis, et de soulever l'espèce de soupape formée par le mésentère.

OBSERVATION V.

Hernie inguinale étranglée depuis quatre jours; entérite et météorisme ; réduction difficile; disposition particulière de l'anneau inguinal.

Le nommé X....., âgé de 70 ans, entre à l'hôpital avec une hernie étranglée depuis quatre jours.

Ce vieillard, dont la constitution est encore vigoureuse, porte cette hernie depuis vingt-cinq ans, et n'a jamais eu recours à l'emploi d'un bandage.

13 mai. La hernie sort, ne peut plus être réduite, et s'étrangle. Le malade est en proie à des vomissements qui ne persistent cependant qu'un seul jour; mais la constipation ne disparaît plus. On le transporte le 16 à l'hôpital, après des tentatives infructueuses et répétées de taxis.

Le 17. Le facies est très-altéré, et, à voir le malade, on serait bien loin de se douter de la nature de l'affection dont il est atteint ; non-seulement il n'accuse pas de douleurs, mais il paraît même plongé dans un état d'insensibilité qui n'est pas d'un très-bon augure; l'abdomen, qui n'est pas sensible à la pression, est plus ballonné qu'on ne l'observe ordinairement, et proémine fortement; le pouls est assez fort, sans être fréquent. Il existe donc une entérite sans péritonite jusqu'à présent.

La tumeur herniaire est assez volumineuse et médiocrement tendue; la peau qui la recouvre a conservé sa coloration et son élasticité normales. La constriction ne paraît pas portée très-loin, et on croit pouvoir faire encore sans inconvénients quelques tentatives de taxis; mais elles restent infructueuses. L'opération est alors immédiatement pratiquée.

Elle est simple et facile jusqu'au moment de la réduction. Ici des obstacles insolites se présentent : une anse intestinale complète con-

stitue la hernie ; l'intestin a le calibre de l'intestin grêle, mais il offre, à des distances assez rapprochées, des espèces d'appendices graisseux, que l'on n'observe pas ordinairement (nous avons vu, à l'autopsie, que c'était une portion du gros intestin que nous avions sous les yeux).

L'indicateur, introduit dans le canal inguinal, est arrêté à la partie supérieure de l'anneau par un obstacle qu'il ne peut franchir. Il existe en ce point une oblitération complète. En cherchant à circonscrire le pédicule de la hernie, on sent, en bas et en dedans, un espace libre, par lequel s'est échappé l'intestin ; c'est en ce point que porte le débridement. La réduction est ensuite pratiquée, mais elle offre des difficultés extrêmes : un nouveau débridement, plus étendu que le précédent, est opéré ; le taxis est terminé, mais on est contraint de refouler l'intestin avec l'extrémité de l'indicateur, ce qui ne contribue pas peu à le froisser. Sans cela, les parties rentrent d'un côté et sortent de l'autre, ou plutôt elles sont refoulées contre les parois de l'anneau, dont elles ne franchissent pas l'ouverture.

L'opération avait été fort laborieuse et fort douloureuse pour le malade ; une faiblesse extrême en a été la conséquence. Six à huit heures s'étaient à peine écoulées, que le pouls était petit, misérable ; la peau froide. Les lavements administrés avaient été rendus sans entraîner aucune matière avec eux. Le malade succomba dans la soirée.

L'autopsie nous explique certaines particularités qui ont été fort obscures pendant l'opération.

La hernie était formée par une partie de l'*S* du côlon, qui avait subi un rétrécissement tel qu'il n'offrait que le diamètre de l'intestin grêle ; l'ouverture supérieure du canal inguinal, au lieu d'être dirigée en haut et en dehors, était refoulée en bas et en dedans, et était fermée en partie par la portion du gros intestin contiguë à l'anse étranglée ; le conduit, au lieu d'offrir un plan incliné, formait une ouverture brusquement coudée, qui devait rétrécir en ce point l'*S* du côlon : aussi la portion placée au-dessus de l'étranglement

offrait-elle une énorme dilatation et de vastes cellules séparées par des cloisons.

Il eût été intéressant de connaître les particularités qui accompagnaient la hernie, de savoir comment se faisaient la digestion et surtout la défécation, car le bon état du cadavre semblait annoncer que la première de ces fonctions s'exécutait bien.

Voici donc la cause qui a rendu le taxis aussi difficile : l'intestin, au lieu de glisser sur un plan incliné et d'un trajet facile à parcourir, devait contourner un anneau dont la circonférence était formée par un bord très-saillant.

L'enveloppe séreuse de l'intestin était éraillée, ce qui avait provoqué une péritonite dont le début ne devait remonter qu'à quelques heures ; la muqueuse n'offrait pas de traces bien manifestes d'inflammation, et le météorisme paraissait être plutôt l'effet de l'étranglement et de l'obstacle apporté à la libre circulation des gaz intestinaux qu'à une inflammation catarrhale.

Si le chirurgien avait pu se douter de la nature des obstacles qui se présentaient, il aurait largement débridé l'anneau, et aurait ainsi fait disparaître la plus grande difficulté de l'opération ; mais il les attribuait toutes au météorisme du ventre et à la distension opérée par les gaz qui existaient dans l'intestin.

OBSERVATION VI.

Hernie étranglée et gangrenée ; péritonite.

Le nommé C....., âgé de 68 ans, est atteint depuis vingt-trois ans d'une hernie crurale, qui ne rentre pas en totalité, et qui néanmoins n'a jamais déterminé de colique; ce qui fait penser qu'elle est formée par l'épiploon.

20 janvier. Depuis trois jours, après un effort qu'il a fait pour soulever un fardeau, il s'est aperçu que sa tumeur est plus volu-

mineuse qu'à l'ordinaire ; il n'éprouve cependant ni nausées, ni vomissements, ni coliques. Le cours des selles n'est pas interrompu ; mais, tourmenté par la persistance de sa tumeur, il se fait transporter à l'hôpital le 29.

La tumeur, qui existe à l'aine, est située un peu en dehors de l'anneau inguinal ; elle est ronde, du volume d'une grosse pomme de reinette, peu douloureuse au toucher ; la peau qui la recouvre est tendue, rouge, et une fluctuation très-manifeste est perçue dans toute son étendue.

Si ce n'étaient les antécédents, le chirurgien dit qu'il serait tenté de croire que c'est un abcès ; cependant, depuis trois jours, un phlegmon n'aurait pu se terminer par suppuration, et la tumeur ne serait pas aussi complétement indolente ; il pense que le liquide que l'on sent doit s'être accumulé dans un sac qui contient une partie d'épiploon. En percutant la tumeur, on y distingue un bruit de tympanite très-prononcée ; nul doute dès lors qu'il n'y entre une portion d'intestin.

L'état général est parfait, le facies naturel, le pouls assez developpé ; l'abdomen n'est ni tendu ni douloureux ; la langue est humide.

Le diagnostic est obscur ; les accidents d'étranglement sont ordinairement très-intenses et surtout très-prompts dans une hernie crurale ; ici au contraire il n'en existe aucun. Pour dissiper l'incertitude, il n'y avait qu'un parti à prendre, c'était d'opérer.

Une incision en + est pratiquée sur la tumeur ; elle met à nu le sac, qui est gris, et qui offre une odeur de gangrène très-caractérisée.

Le chirurgien cherche à glisser le doig sous l'arcade crurale ; l'étranglement ne paraît pas très-fort. Il le débride en haut et en dehors, espérant ainsi prévenir une communication avec le péritoine, à laquelle on s'exposerait par un débridement sur la face interne du sac ; celui-ci est ensuite divisé avec des ciseaux à la partie la plus déclive. Il s'en écoule un liquide jaune, épais, ayant la con-

sistance du miel; il paraît être contenu dans un kyste. En prolongeant l'incision, on donne issue à un liquide purulent, brunâtre, qui paraît formé par du pus mêlé à du mucus intestinal, et bientôt on découvre une anse d'intestin grêle, flétrie et perforée.

L'obscurité qui existait avant l'opération est alors dissipée. *Au-dessous* et *en dehors* de l'anse intestinale, existe une tumeur dure, bosselée, qui est formée par une portion d'épiploon; la couleur grisâtre annonce un commencement de gangrène.

Peu de matières s'écoulent à l'extérieur; une grosse sonde est introduite dans le bout supérieur, mais elle est bientôt arrêtée; la plaie est pansée simplement.

Le soir, les pièces de l'appareil sont imbibées par une grande quantité de bouillie intestinale: l'état général est très-bon.

Le 31. La plaie donne issue à une grande quantité de matières. — Pansement quatre fois par jour; taffetas gommé pour prévenir l'érysipèle si fréquent dans ces circonstances.

2 février. Persistance de cet état. Les parties gangrenées se détachent; le pouls est plus fréquent, la langue plus sèche, ce que l'on attribue à l'inflammation éliminatoire qui s'étend à l'intestin.

Le 3. Toutes les parties mortifiées sont retranchées avec des ciseaux; la petite tumeur formée par l'épiploon est attirée à l'extérieur, son pédicule incisé; deux artérioles fournissent du sang; les pinces ne pouvant en saisir les extrémités, une ligature médiate est pratiquée au-dessus et arrête l'hémorrhagie.

Cette excision a été faite dans la crainte que plus tard cette portion d'épiploon ne vînt à gêner l'introduction de la pince entérotome.

Le 5. La gangrène s'étend au tissu cellulaire sous-cutané, qui est détruit par la suppuration; la peau des parties environnantes offre une coloration d'un rouge ardoisé; le pouls est fréquent, la langue sèche et aride. Le malade est affaibli par la suppuration que fournit la plaie, et par la diète sévère à laquelle il est condamné; la figure

offre l'empreinte de la stupeur; le ventre conserve sa souplesse et son indolence.

Le 8. La gangrène gagne toujours de proche en proche, et la faiblesse fait tous les jours de nouveaux progrès. Le malade succombe le 9, au soir.

Autopsie. Péritonite commençant dans les régions iliaque et hypogastrique; fausses membranes de formation récente; rougeur dans les anses intestinales enflammées.

La hernie est formée par une anse d'intestin grêle, assez rapprochée du cæcum ; les deux bouts sont béants et séparés l'un de l'autre par un angle aigu; les adhérences qui les unissent au pourtour de l'anneau sont résistantes. En soulevant l'intestin grêle, on trouve l'épiploon, qui, au lieu d'être placé au devant de lui, est situé en arrière (c'est ce qui explique ses rapports avec l'anse intestinale étranglée; dans l'intérieur du sac, elle était située en dedans en en arrière); en l'attirant de bas en haut, on s'aperçoit qu'il n'a contracté aucune adhérence avec le sac; c'est par là que l'inflammation s'est transmise au péritoine. Cette inflammation a dû précéder la mort de bien près; car le malade n'a offert aucun des symptômes de la péritonite. Cet accident est d'autant plus fâcheux qu'il eût été facile, vu la disposition des deux bouts de l'intestin, d'appliquer l'entérotome.

Cette observation est remarquable par l'obscurité des symptômes. Sans les antécédents du malade, il eût été impossible de reconnaître une hernie, et surtout une hernie étranglée; car tous les symptômes d'étranglement manquaient. La rapidité avec laquelle la gangrène est survenue s'explique très-bien par la constriction exercée par le contour de l'anneau crural. Sans tous ces signes négatifs, le chirurgien aurait, à la rougeur de la peau et à la fluctuation, diagnostiqué une gangrène. Il était plus naturel de croire à une vieille hernie épiploïque irréductible. C'est ce qui existait en effet. L'absence des symptômes d'étranglement avait fait penser que du liquide s'était

accumulé dans le sac herniaire qui s'était enflammé ; mais le bruit de tympanite a fait présumer qu'il devait y entrer autre chose. C'est ce qui a été mis en évidence par l'incision du sac herniaire.

OBSERVATION VII.

Étranglement interne produit par un conduit fistuleux qui a succédé à un anus contre nature; perforation de l'intestin ; épanchement de matières stercorales.

La nommée B....., âgée de 40 ans, douée d'une constitution forte et vigoureuse, entre à l'hôtel-Dieu le 23 janvier.

Depuis sa dernière couche, qui remonte à sept ans, elle a vu se former dans le pli de l'aine gauche une tumeur qui n'a jamais disparu depuis cette époque ; cette tumeur ne rentrait ni ne sortait, était molle au toucher, indolente à la pression, et n'avait jamais provoqué de coliques.

Dans la journée du 22 janvier, elle éprouve des douleurs dans le ventre, et il lui semble en même temps que la tumeur a augmenté de volume (elle avait été frappée d'un coup de pied). Des envies de vomir, bientôt suivies de vomissements, se manifestent ; la nuit est mauvaise, et le lendemain 23, elle vient de son pied à l'hôpital.

Le 24. Les vomissements n'ont pas cessé ; l'abdomen est peu tendu, indolent à la pression ; la figure a conservé son expression ordinaire ; elle est assez colorée ; le pouls est peu fréquent, sans être trop déprimé.

La tumeur a son grand diamètre placé dans la direction de l'arcade crurale, à laquelle elle est parallèle ; elle est beaucoup plus volumineuse à son extrémité interne qu'à celle du côté opposé, où elle se termine en pointe ; sa longueur est de six travers de doigt ; la peau qui la recouvre a conservé sa couleur normale, et n'est pas sensible à la pression. L'extrémité interne de la tumeur est dure, et paraît formée par un amas de ganglions. Dans un point assez cir-

conscrit, on croit percevoir une sensation de fluctuation. L'extrémité opposée est molle; au-dessous de la tumeur principale, on en sent une seconde, très-dure aussi, qui se prolonge à la partie supérieure et interne de la cuisse.

Quelle est la nature de cette affection?

La persistance des vomissements, l'existence d'une tumeur dans le pli de l'aine, doivent faire présumer qu'il existe un étranglement herniaire; d'un autre côté, la dureté, la présence, depuis sept ans, d'une tumeur irréductible, n'ayant jamais apporté de troubles dans les fonctions de l'appareil digestif, donnent à penser qu'un engorgement ganglionnaire s'est formé dans cette région. — Bain, cataplasme émollient.

3 heures du soir. Aucun changement dans l'état général; persistance des vomissements; la malade prétend que depuis midi sa tumeur a perdu un peu de son volume; le pouls est plus déprimé; la faiblesse augmente; l'opération est décidée: s'il y a simplement compression des ganglions de l'aine, elle n'a aucun inconvénient; si au contraire une anse d'intestin est pincée dans l'anneau crural, elle peut sauver la malade.

Une première incision, dirigée de haut en bas et de dehors en dedans dans la direction du grand axe de la tumeur, divise la peau et une couche assez épaisse du tissu cellulaire graisseux; un ganglion du volume d'une petite noisette est aussi divisé; une sonde cannelée est glissée sous les téguments; il s'écoule sur sa cannelure un liquide citrin qui fait penser au chirurgien qu'il est fourni par un kyste ou par un sac herniaire.

Une incision plus profonde donne issue à du sang noir; le chirurgien glisse sous la peau son doigt recourbé en forme de crochet, et agrandit la plaie avec un bistouri boutonné.

Une tumeur violacée, molle, se présente à sa vue; il ignore d'abord quelle est sa nature; un feuillet celluleux la recouvre: il l'incise, et reconnaît bientôt une anse d'intestin. Une perforation existe dans un point de la circonférence, c'est par là que s'est écoulé

le sang noir qui vient de s'échapper de la plaie après avoir formé sous la peau la poche qui donnait la sensation de fluctuation.

L'anse intestinale est divisée dans toute son étendue, aucune matière ne s'en écoule ; le doigt, introduit dans le bout supérieur, est arrêté dans une espèce de cul-de-sac; le chirurgien glisse alors, non sans quelque difficulté, l'extrémité de la sonde sous l'arcade crurale, et sur la cannelure il conduit un bistouri droit, avec lequel il divise le ligament de Fallope ; dès que l'étranglement est levé, il s'échappe par la plaie de l'intestin une grande quantité d'un liquide brun, sans odeur, et presque en même temps le ventre s'affaisse ; dès ce moment, le doigt peut pénétrer dans l'intestin et remonter à une assez grande hauteur ; on peut aussi facilement l'introduire entre cet organe et l'arcade crurale. — La plaie est pansée simplement.

Le 25. La nuit a été assez mauvaise, quelques faiblesses lorsque la malade remue dans son lit. Le matin, la sortie d'une assez grande quantité de matières stercorales produit une amélioration prononcée ; la nature des excréments, leur odeur, font penser que c'est une portion du gros intestin qui était intéressée (l'autopsie, faite plusieurs années après l'opération, a montré que c'était l'intestin grêle).

Le 27. Les matières sortent avec facilité, mais les parties des téguments avec lesquelles elles sont en contact deviennent le siége d'une rougeur érysipélateuse très-prononcée qui envahit la partie supérieure et interne des cuisses, la partie inférieure de la paroi antérieure de l'abdomen ; les douleurs qu'éprouve la malade sont très-vives, elles ne sont un peu diminuées que par l'administration de quelques demi-bains, et surtout par des onctions avec la pommade de concombre. Les nuits sont mauvaises, l'appétit nul, la faiblesse extrême, la maigreur très-grande.

L'état de la malade est resté stationnaire jusqu'à la fin de février.

On espérait toujours que les matières finiraient par reprendre

leur cours naturel et que l'éperon qui sépare les deux orifices de l'intestin finirait par s'affaisser au point de permettre au bout supérieur de s'aboucher avec l'inférieur ; malheureusement il n'en a pas été ainsi : les matières qui s'échappent de l'anus anormal paraissent n'avoir subi dans le canal digestif qu'une élaboration insuffisante, elles ressemblent moins aux excréments que les premiers jours, ce qui ne peut tenir évidemment qu'à un degré d'assimilation moins parfaite, car c'est toujours la même portion de l'organe qui est intéressée ; ce phénomène est probablement le résultat de la perturbation que produisent sur le mouvement péristaltique de l'intestin les adhérences qu'il a contractées à l'orifice de la plaie.

On distingue assez facilement les deux extrémités de l'intestin ; la supérieure, qui est largement ouverte, permet d'y introduire l'indicateur avec une grande facilité ; l'inférieure est masquée par l'éperon ; mais, en soulevant l'espèce d'opercule qu'il forme, on y arrive aussi sans grande difficulté.

11 mars. La pince entérotome de Dupuytren a été placée ; son introduction a été facile. elle n'a provoqué par son contact aucun symptôme d'étranglement ; sa présence a même été si peu sensible pour la malade que pendant qu'elle était en place elle a réclamé une plus grande quantité d'aliments.

Au bout de cinq jours, l'instrument s'est détaché, emportant entre ses mors toute la cloison, ce qui permet au doigt de s'engager à volonté dans les deux bouts de l'intestin qui viennent s'ouvrir dans un vestibule commun.

Le 20. La malade commence à éprouver des besoins d'aller à la selle, qui deviennent de plus en plus impérieux. Il n'est encore sorti aucune matière par l'anus, il s'en écoule toujours une grande quantité par l'ouverture accidentelle. On engage des mèches de charpie dans le bout inférieur pour le dilater (procédé de Desault).

Le 22, on a dû renoncer aux tampons de charpie, qui sont repoussés par les matières.

Les 23 et 24. Des matières bien liées sortent par l'anus; deux jours après, la fistule n'en fournit plus.

Dans les premiers jours d'avril, il ne s'écoule plus par l'ouverture anormale que quelques gouttes d'un liquide très-clair.

10 avril. La malade commence à reprendre de l'embonpoint; l'ouverture inguinale se resserre de plus en plus; la figure perd cette expression d'abattement qu'elle a conservée très-longtemps; les forces se rétablissent, et la malade quitte l'hôpital, guérie complétement; seulement une ouverture fistuleuse donne issue de temps en temps à une petite quantité de liquide.

Pendant quatre ans son état est aussi satisfaisant que possible.

Le 20 mai de cette année, sans causes connues, l'ouverture fistuleuse ne donne plus issue à aucun liquide; des symptômes d'étranglement se manifestent. Un lavement purgatif évacue le gros intestin sans rétablir pour cela le cours des matières; un purgatif administré par la bouche est rejeté. La malade se fait transporter à l'hôpital le 24.

Les symptômes de l'étranglement persistent; le facies commence à s'altérer; le ventre devient douloureux. Le chirurgien cherche dans la soirée à déboucher l'ouverture fistuleuse en y introduisant une sonde; sans croire cependant que les accidents soient uniquement l'effet de la rétention brusque de la petite quantité de liquide qui s'échappait par la fistule. L'instrument pénètre à une assez grande profondeur, sans ramener à l'extérieur des matières fécales (il arrive probablement dans bout inférieur de l'intestin).

Le chirurgien se disposait à céder, le lendemain, aux désirs de la malade, et à inciser les parois de l'abdomen; mais elle succombe dans la nuit. La mort a été presque instantanée.

Autopsie. Le chirurgien procède sur le cadavre, comme il aurait fait sur le vivant, afin de bien étudier la disposition des parties, et il acquiert bientôt la conviction que l'opération projetée n'eût pas été aussi simple qu'il l'avait espéré.

Dupuytren prescrivait dans un cas analogue, si les coliques, les vomissements, ne cédaient pas aux boissons délayantes, d'inciser sans hésiter la cicatrice, afin d'ouvrir aux matières accumulées au-dessus d'elle une libre issue au dehors; mais il ne prévoyait pas le cas où l'étranglement se manifesterait au bout de quatre ans.

L'anse intestinale étranglée n'adhère point en effet aux parois abdominales, comme on aurait pu le croire; elle flotte librement dans l'excavation pelvienne et ne communique à l'extérieur que par un long pédicule, creusé dans toute son étendue, par un conduit central.

C'est sous cet appendice qu'a glissé le bout supérieur et qu'il s'est étranglé. La compression a été tellement forte, qu'une perforation en a été la conséquence. A travers cette ouverture, se sont échappés les liquides contenus dans l'intestin; de là une péritonite promptement mortelle.

Il n'aurait donc pas suffi d'inciser la cicatrice ou d'agrandir l'ouverture fistuleuse qui venait s'ouvrir à l'extérieur, pour faire cesser les accidents; il eût fallu ouvrir largement l'abdomen, attirer à l'extérieur l'intestin distendu par les matières, l'ouvrir, et le fixer aux parois de la cavité.

La portion d'intestin qui a subi cette constriction appartenait à la moitié supérieure de l'intestin grêle. Une partie aussi mobile du canal digestif pouvait seule glisser sous cette espèce de bride qui offrait quelque analogie avec l'appendice du cæcum.

C'est, on peut le dire, à la perfection du travail de la nature, que cette malheureuse femme a dû sa mort; car, si la portion d'intestin malade fût toujours restée en contact avec les parois de l'abdomen, comme elle l'a été pendant longtemps, un pareil accident n'aurait pas eu lieu.

OBSERVATION VIII.

Tumeur inguinale paraissant formée par un épiplocèle; hydropisie du sac herniaire.

Ch... (Marie), 30 ans, exerçant la profession de journalière, femme d'un bonne constitution, reçut, il y a environ dix ans, un violent coup de pioche sur le côté gauche de l'abdomen, au niveau des dernières côtes.

Dans le courant de la semaine où elle éprouva cet accident, elle remarqua l'existence d'une tumeur, du volume d'une noix, correspondant à l'anneau inguinal. Le développement de cette tumeur fut-il immédiatement consécutif au coup ? C'est ce que la malade ignore ; elle sait seulement qu'elle n'existait pas avant. Elle était molle et indolente, et la malade la garda dix ans sans qu'elle changeât de volume ni qu'elle lui fît éprouver de coliques.

Au bout de ces dix ans, à l'époque des vendanges, elle a éprouvé une forte pression sur l'abdomen et sur la tumeur, pression produite par le poids d'une hotte chargée qu'elle voulait soulever. A partir de cette époque, la tumeur s'est insensiblement développée, sans toutefois devenir douloureuse. Enfin la malade a fait, il y a environ trois semaines, une chute de sa hauteur sur le côté gauche. Dès lors la tumeur est devenue douloureuse et s'est accrue à peu près du quart de son volume. Ces deux circonstances ont déterminé la malade à entrer à l'hôpital.

A la visite, nous avons constaté les altérations suivantes : La tumeur est oblongue, prenant naissance au côté gauche, à la partie inférieure de l'abdomen, au niveau de l'anneau inguinal, et descendant obliquement jusqu'à la partie inférieure de la grande lèvre; elle est cylindroïde, terminée en pointe à son extrémité supérieure qui s'engage dans le canal inguinal et se renflant à son extrémité la plus déclive qui est arrondie ; elle n'est pas réductible ; elle pre-

sente 0,15 centimètres de longueur, est légèrement douloureuse à la pression, sans changement de couleur à la peau; donnant une sensation de fluctuation, lorsqu'on exerce des pressions sur elle en appliquant les mains à ses deux extrémités. Ce dernier symptôme indique la présence d'un liquide dans cette poche. Pour s'en assurer, on la place entre l'œil et la lumière et on observe de la transparence à ses deux extrémités.

La situation de la tumeur, son indolence, les circonstances qui ont déterminé son apparition, annoncent d'une part une hernie inguinale; de l'autre le volume de la poche, la présence du liquide, l'exercice facile des fonctions digestives chez la malade, peuvent laisser dans le doute. Pour mieux éclairer le diagnostic, le chirurgien demande à la malade si, dans l'origine, elle s'était aperçue que la tumeur fût réductible; elle répond qu'elle n'a fait aucune tentative qui ait pu la lui faire observer.

Dans la pensée où il est que la tumeur est essentiellement constituée par du liquide et qu'il a affaire à un kyste de la grande lèvre ou, ce qui est plus probable, à une hydropisie du sac herniaire, le chirurgien y pratique une ponction et dispose tout ce qui est nécessaire pour y faire une injection, quand, après avoir retiré un grand verre de sérosité citrine, il constate l'existence d'une tumeur très-dure, partant du canal inguinal, et donnant la sensation d'un sarcocèle; alors il ajourne l'opération pour aviser au parti qu'il y a à prendre.

La tumeur paraît produite par l'épiploon, dont la partie inférieure se serait durcie beaucoup. Faut-il enlever cette tumeur ou se borner à oblitérer la poche dans laquelle elle est contenue? D'une part, la malade paraît peu disposée à se soumettre à une opération; d'un autre côté, M. Fleury avait, dans deux autres circonstances, observé, à la suite de la simple incision d'une poche herniaire, des accidents assez graves pour l'engager à donner la préférence à un autre procédé. Ces deux raisons le décident à se borner à une ponction éva-

cuatrice et à l'injection d'un liquide irritant pour provoquer l'oblitération de la cavité.

De la teinture d'iode, étendue de deux fois son volume d'eau, est injectée dans la tumeur et provoque une inflammation assez violente qui persiste pendant un certain nombre de jours, au bout desquels la tumeur a diminué de volume et est revenue à celui de son point de départ.

Un mois après l'opération la malade quitte l'hôpital.

Son état est infiniment meilleur que lorsqu'elle y est entrée ; l'infirmité dont elle est atteinte n'a pas disparu complétement, mais elle a été sensiblement diminuée.

CONCLUSIONS.

Les observations que je viens de rapporter nous montrent combien le diagnostic d'un étranglement herniaire est quelquefois difficile à porter, et les nombreuses causes d'erreurs qui peuvent tromper le chirurgien et lui faire mettre sur le compte d'un étranglement les accidents qui dépendent de toute autre cause.

Dans ces cas toujours obscurs, le chirurgien doit porter son attention sur l'abdomen ; il doit avoir soin d'examiner minutieusement les uns après les autres tous les organes renfermés dans la cavité abdominale, et, en procédant par exclusion, il finira par découvrir celui qui est malade.

Il faut surtout qu'il s'attache à bien préciser quelques circonstances qui peuvent servir à éclairer son diagnostic et l'empêcheront de se fourvoyer. Ainsi :

Le point où se fait sentir la douleur ; si celle-ci existe dans la hernie ou bien dans le ventre.

Le point d'où partent les accidents ; s'ils ont commencé par la hernie et que de là ils se soient étendus au reste de l'abdomen ; ou si, partant d'un point quelconque de la cavité abdominale, ils n'ont

envahi la hernie que plus tard. Dans l'étranglement, la hernie est toujours le point de départ des accidents.

L'examen comparatif de la hernie et de l'abdomen. La hernie peut être molle et le ventre dur et tendu ; si elle est étranglée, elle sera rouge, tendue, douloureuse ; le ventre plus ou moins souple.

L'invasion de la maladie. Il faut qu'il s'informe si la maladie est survenue tout à coup, sans que le malade ait fait d'efforts, sans que la tumeur ait augmenté de volume.

Il faut qu'avec le doigt il s'assure de la liberté de l'ouverture herniaire et qu'il constate s'il existe ou non de la tension au col de la tumeur.

En apportant une grande attention à l'examen de ces diverses circonstances, le chirurgien peut arriver à poser un diagnostic, qui le trompera rarement. Du reste, quand il aura devant lui une tumeur irréductible, rouge, douloureuse, tendue, tympanisée, lorsque cette tumeur sera accompagnée de vomissements, de fièvre, d'accidents généraux, il devra, selon le précepte de M. Jobert de Lamballe, la traiter comme une hernie étranglée, car l'opération aura toujours pour résultat de dégorger la partie enflammée ; et, s'il a véritablement affaire à un étranglement herniaire, l'opération sauvera un malade qui, sans elle, aurait infailliblement succombé.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MEDICALES.

Physique. — Des rapports qu'il y a entre la force d'impulsion du cœur et l'étendue de ses capacités.

Chimie. — Des caractères distinctifs des sels d'étain.

Pharmacie. — Des préparations qui ont la moutarde noire pour base.

Histoire naturelle. — Existe-t-il dans les plantes une chaleur propre analogue à la chaleur animale?

Anatomie. — De l'origine du nerf pneumogastrique. A quels caractères distingue-t-on les filets d'origine du pneumogastrique de ceux du glosso-pharyngien ?

Physiologie. — Qu'entend-on par rhythme des battements du cœur ?

Pathologie interne. — De l'hémorrhagie dans les centres nerveux.

Pathologie externe. — Des causes qui retardent ou empêchent la formation du cal.

Pathologie générale. — Des phénomènes de la fièvre.

Anatomie pathologique. — Des divers modes de rétrécissement des orifices du cœur.

Accouchements. — De l'œdème pendant la grossesse.

Thérapeutique. — De la belladone et de ses principales applications.

Médecine opératoire. — De la ligature du tronc brachio-céphalique.

Médecine légale. — Des caractères cadavériques de la mort par ivresse.

Hygiène. — De l'influence des climats dans la production et dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

Vu, bon à imprimer.

ROSTAN, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

ARTAUD.